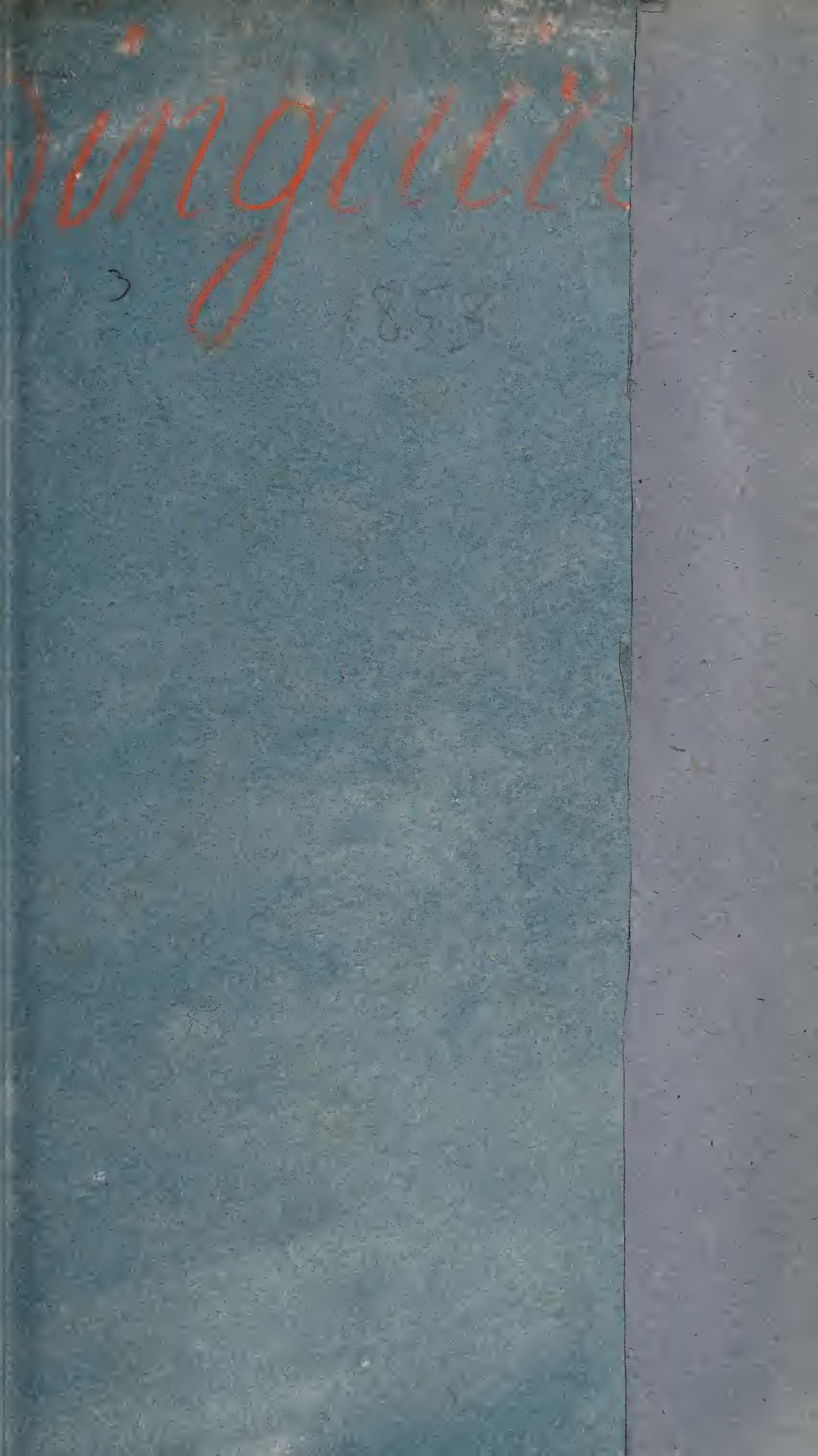


FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. N° 189.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 6 *août* 1853,

Par Louis DINGUIRARD,

né à Aureilhan (Hautes-Pyrénées).

RECONNAITRE ET TRAITER
LE CANCER DE L'UTÉRUS.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

rue Monsieur-le-Prince, 31.

1853

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. P. DUBOIS, DOYEN.

	MM.
Anatomie	DENONVILLIERS.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	....
Physique médicale	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale	MOQUIN-TANDON.
Pharmacie et chimie organique	WURTZ.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. REQUIN.
Pathologie chirurgicale	GERDY. J. CLOQUET.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	MALGAIGNE.
Thérapeutique et matière médicale	GRISOLLE.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	BOUILLAUD. ROSTAN. PIORRY. TROUSSEAU.
Clinique chirurgicale	ROUX. VELPEAU. LAUGIER, Examinateur. NÉLATON, Président.
Clinique d'accouchements	P. DUBOIS.

Secrétaire, M. AMETTE.

Agrégés en exercice.

MM. BEAU.
BÉCLARD.
BECQUEREL.
BURGUIÈRES.
CAZEAUX.
DEPAUL.
DUMÉRIL fils.
FAVRE.
FLEURY.
GIRALDÈS.
GOSSELIN.

MM. GUENEAU DE MUSSY.
HARDY.
JARJAVAY, Examinateur.
REGNAULD, Examinateur.
RICHET.
ROBIN.
ROGER.
SAPPEY.
TARDIEU.
VIGLA.
VOILLEMIER.

A MON PÈRE.

A MES FRÈRES, A MA SŒUR.

A TOUS MES PARENTS.

RECONNAITRE ET TRAITER

LE

CANCER DE L'UTÉRUS.

Le sujet de notre thèse annonce une lésion à reconnaître. Avant d'aborder l'étude des *symptômes* et des *signes* qui se rattachent à cette lésion, il est naturel de nous livrer à certaines considérations sur les *formes* qu'elle revêt ; nous apprendrons à la caractériser, et nous obéirons à la méthode. Les symptômes et les signes parcourus, il s'agira du *diagnostic* et du *traitement*.

FORMES DU CANCER DE L'UTÉRUS.

Marjolin (art. *Cancer de l'utérus; Dict. de méd.*, année 1846) assigne quatre formes au cancer de la matrice. Dans la *première forme*, un ou plusieurs points cancéreux, du volume d'un pois ou d'une noisette, envahissent l'utérus. Les tumeurs s'accroissent, sont indolentes au début ; plus tard, le toucher y détermine de la douleur : leur couleur est rougeâtre ou jaunâtre. Ces tumeurs, que l'auteur lui-même compare aux tubercules cancéreux de la peau, ne pourrait-on pas les ranger parmi les cancroïdes ?

La *deuxième forme* est caractérisée par un engorgement, de prime abord essentiellement squirrheux, d'une dureté remarquable, inégal, bosselé. Dans cette variété, le col utérin semble se racornir ; son volume diminue quelquefois au lieu d'augmenter, et, par suite

de son retrait sur lui-même, son orifice est largement entr'ouvert avant que son tissu ait été détruit par ulcération.

L'engorgement, dans la *troisième forme,* n'est pas seulement carcinomateux ; il présente près de sa surface une consistance molle ; plus profondément, on distingue des bosselures, et l'on sent de la résistance.

La *quatrième forme* se fait remarquer par une tuméfaction générale ou presque générale du col, avec augmentation notable de sa densité. La surface de la partie est inégale ; sa couleur, d'un rouge obscur.

M. Robert admet une *cinquième forme,* constituée par des végétations molles, à laquelle il rapporte les polypes vivaces de Levret et les tumeurs pédiculées qu'on trouve signalées sous le nom de *cancer hypersarcosique :* c'est la forme végétale de M. Lebert (*Traité des maladies cancéreuses*). Voici les caractères auxquels l'auteur distingue cette variété de tumeurs : assez fréquentes au col, elles distendent les éléments de la partie, et finissent par former des champignons cancéreux qui tendent à s'accroître ; ces végétations sont molles, jaunes, infiltrées d'un suc carcinomateux abondant, d'une teinte rosée dans les endroits vasculaires, et d'un rouge plus vif, lorsque les vaisseaux sont très-nombreux, ce qui leur donne les caractères du fongus hématode. Il n'est pas rare de voir une partie du col occupée par cette forme de l'encéphaloïde, à côté de portions profondément ulcérées.

Quelle que soit sa forme, le cancer de l'utérus tend incessamment à l'ulcération. Néanmoins il peut traverser toutes ses phases, conduire la malade au tombeau, sans qu'il ait accompli son travail de destruction.

M. Téallier (*du Cancer de la matrice*) reconnaît la possibilité de cette terminaison, et M. Lebert accuse, dans ses 45 observations, 7 cas d'intégrité de la surface du col.

Bayle (*Remarques sur les ulcères de la matrice; Journal de médecine* de Leroux, Corvisart et Boyer, 11ᵉ année, t. 5) et Lisfranc

(*Clinique,* t. 3, p. 597) assurent que le cancer utérin commence presque toujours par des ulcères. Marjolin déclare, au contraire, que « l'ulcération, sans engorgement préalable de mauvaise nature, ne doit pas être considérée comme une des formes primitives du cancer; c'est une forme secondaire et une suite inévitable de cette maladie » (loc. cit., t. 3, p. 274). La dernière partie de la proposition n'est pas exacte; les observations indiquées plus haut viennent à l'appui de cette vérité, et, usant de la restriction qu'elle nécessite, disons, avec M. Lebert, que l'ulcère cancéreux succède à l'encéphaloïde et au squirrhe.

Dans trente-trois cas, M. Lebert a trouvé des ulcères profonds du col; les bords des ulcérations étaient souvent occupés par des végétations saillantes; souvent aussi ils étaient calleux, et les tissus voisins présentaient les mêmes particularités. La surface des ulcères est anfractueuse; tantôt elle présente des granulations, tantôt elle offre, mêlé à du pus, un détritus grisâtre ou noirâtre, suivant l'époque de la maladie plus ou moins récente. Au-dessous de l'ulcère, et sur ses bords, on trouve les éléments caractéristiques du cancer.

La désorganisation s'opère préférablement vers la cavité de la matrice, tandis que les végétations croissent du côté de la portion vaginale de l'utérus.

SYMPTÔMES ET SIGNES.

Nous étudierons les symptômes et les signes du cancer dans deux périodes bien distinctes : la première est celle où il n'existe pas d'ulcération; dans la seconde, on remarque l'ulcération.

Première période. L'hémorrhagie utérine est ordinairement le symptôme du début du cancer. Souvent abondante, elle peut être légère, durer un nombre variable de jours, se renouveler après un temps plus ou moins long, ou se transformer en écoulement constant; elle se montre hors des époques menstruelles. M. Louis re-

garde la métrorrhagie comme phénomène à peu près constant dans le cancer de l'utérus ; elle est pour M. Valleix un symptôme qui s'offre des premiers, et, depuis que son attention s'est fixée sur ce point, il ne l'a jamais vu manquer. MM. Téallier et Duparcque la signalent dans presque toutes leurs observations ; dans trente cas où le début a fait pour M. Lebert le sujet d'un interrogatoire soigneux, les pertes ont existé vingt fois comme symptôme initial.

L'hémorrhagie est-elle due à l'ulcération ? Si l'ulcération est souvent cause de ménorrhagie, dans certains cas on ne peut pas invoquer l'ulcère comme source de l'écoulement sanguin. L'expérience démontre, en effet, que quelquefois la muqueuse est intacte, malgré l'existence d'hémorrhagies abondantes. On lit dans le traité de M. Lebert : « Deux fois les pertes de sang étaient d'une médiocre intensité, et quatre fois elles étaient fortes et avaient apparu dès le début, malgré l'état d'intégrité du col. » Le même auteur dit qu'elles peuvent cesser complétement à une époque où l'ulcération fait de grands progrès ; aussi, pour lui, tiennent-elles plutôt à la congestion de la partie qu'à l'érosion des vaisseaux.

A l'écoulement sanguin, succèdent ou se mêlent des flueurs blanches. Ce flux peut être le premier symptôme du cancer de l'utérus ; il est parfois coloré de sang. Trois malades de M. Lebert étaient dans ce cas ; mais, chez cinq malades, cette teinte sanguine manquait ; néanmoins on ne pouvait pas confondre l'écoulement avec une simple leucorrhée, il s'en distinguait par des douleurs dans l'abdomen, la région sacrée et les aines.

Dupuytren attachait une grande importance à la fétidité de l'écoulement. Cette fétidité cependant n'est pas bien prononcée dans la première période du cancer ; elle ne se montre pas que dans cette affection, et de plus, on ne la rencontre point chez tous les individus. Dans les observations de M. Lebert, elle n'a été notée que dix-huit fois : elle est, dit cet auteur, quelquefois fade, nauséabonde ; d'autres fois, fétide, putride, et comme gangréneuse.

Les douleurs qui se font sentir dans l'abdomen, la région sacrée,

les aines, accompagnent quelquefois les phénomènes du début. Elles apparaissent en même temps que l'hémorrhagie et l'écoulement blanc ; huit fois elles se sont montrées au commencement de la maladie, dans les recherches de M. Lebert. Ou elles se présentent sous forme d'élancements, ou bien elles sont prolongées. Parfois les malades les éprouvent, comme symptôme initial, non accompagnées d'hémorrhagies ou de leucorrhée : c'est ce qu'a observé M. Lebert dans quelques-uns de ses cas. Il est à remarquer que la sensation pénible qui est accusée du côté des aines n'existe que secondairement et comme extension de la douleur de l'abdomen.

Certaines femmes se plaignent, au début, d'un sentiment de pesanteur vers le rectum, s'irradiant vers le périnée, la région sacrée, les aines. Cette gêne persiste aussi incommode dans la situation horizontale que dans la position debout ; elle existe, dans un certain nombre de cas, simultanément avec les douleurs décrites plus haut. On l'a rencontrée chez 21 malades de M. Lebert, dans le cours de l'affection ; 7 d'entre elles la présentaient au début. Elle tiendrait, d'après ce médecin, non à l'altération du rectum, mais au voisinage de l'organe affecté.

Le toucher vaginal, inutile au début, donne bientôt de précieux renseignements ; ce moyen indique la forme de l'organe, ses dimensions, sa densité. Comme dans les *formes* du cancer nous avons parlé de ces manières d'être, il suffit de s'y reporter pour avoir les notions nécessaires sur ce point ; seulement il est des particularités se rattachant au toucher qui demandent certains détails : nous nous en occuperons à propos du diagnostic.

Par le vagin ou la paroi abdominale, il est impossible de constater les modifications qu'a subies la paroi postérieure du corps de l'utérus ; l'exploration par le rectum nous les apprend.

Si l'utérus se présente au-dessus du détroit supérieur, la palpation acquiert de l'importance. « On trouve alors, dit M. Lebert, des tumeurs dures, inégales, bosselées, se perdant derrière les pubis, et occupant une étendue de 5, 6, 8 et jusqu'à 15 cent. en hauteur et

en largeur. C'est ainsi que, dans une de nos observations, nous avons trouvé dans la région de la matrice une tumeur de 73 millim. de hauteur sur 13 cent. de largeur, à forme irrégulière, bosselée, et se rétrécissant vers la symphyse des pubis ; sa consistance était assez dure, et la pression y provoquait des douleurs dans quelques points très-limités. On constate facilement, dans ces tumeurs, l'absence de toute mobilité ; la pression n'y est pas douloureuse, ou ne l'est que par places. » (Lebert).

Le speculum vient confirmer les renseignements fournis par le toucher, et permet de constater la coloration de la muqueuse du col.

2e Période. Les hémorrhagies deviennent plus abondantes; les pertes blanches sont elles-mêmes plus considérables; elles se transforment en un liquide puriforme, fétide, verdâtre ou noirâtre, mélangé de sang fluide ou en caillots. Les douleurs persistent; elles sont plus intenses. Le toucher et le speculum annoncent les altérations indiquées déjà.

Troubles qui se passent dans les autres organes. Au début, on n'observe presque jamais des troubles du côté de l'appareil digestif; ils ne se font guère remarquer qu'après quatre ou cinq mois du commencement de la maladie. Ces modifications morbides sont à peu près constantes; sur 40 cas observés par M. Lebert, elles sont signalées 38 fois.

Ce qui frappe d'abord l'attention, c'est une légère diminution de l'appétit. Dans les derniers mois, les malades repoussent les aliments; les digestions sont pénibles. Il existait du côté de l'abdomen, dans 4 cas de M. Lebert, un sentiment de pesanteur, des malaises, des tiraillements, des douleurs même, pendant les heures qui succédaient aux repas. Plus de la moitié des femmes éprouvaient, par la pression, une sensation douloureuse à la région épigastrique. Les nausées ou les vomissements se sont déclarés chez 20 d'entre elles.

Nous ne reviendrons pas sur le sentiment de pesanteur vers le rectum, dont nous avons déjà parlé.

Il faut signaler des besoins continuels et souvent infructueux d'aller à la selle. La constipation alterne avec la diarrhée : celle-ci bientôt se prolonge et amène un dépérissement rapide.

A ces accidents se joignent, chez quelques malheureuses, des désordres fâcheux : le rectum est perforé; il s'est établi une fistule recto-vaginale; il s'est formé, par suite de la perforation du fond de la matrice, une communication entre les organes génitaux et les intestins grêles. Les intestins peuvent contracter des adhérences entre eux et avec la paroi abdominale, de manière à constituer un kyste rempli de liquide. On observe quelquefois les accidents de la péritonite.

Dans la moitié des cas, on remarque des symptômes du côté de l'*appareil urinaire*. L'excrétion est parfois accompagnée de douleur. Quelquefois il y a émission difficile ou rétention d'urine, souvent incontinence. Dans certains cas, l'ulcération ayant marché vers la vessie, il y a fistule vésico-vaginale. Par la propagation du cancer aux parties voisines, on a vu les uretères oblitérés, engorgés par l'urine. Dance parle d'un fongus qui a pénétré dans la vessie, et causé, par l'obstruction de l'urèthre, une rétention d'urine. Le col lui-même, par son volume, peut comprimer l'urèthre, et amener les mêmes accidents.

On a trouvé les vaisseaux lymphatiques pénétrés de matière cancéreuse. Les ganglions de l'aine sont eux-mêmes quelquefois atteints; c'est principalement quand le cancer a envahi le vagin. On observe des ganglions cancéreux dans l'hypogastre. M. Lebert a rencontré 3 fois des tumeurs ganglionnaires de la région inguinale; elles se montraient dans des cas de cancer du vagin. Dans une de ces observations, il y avait des ganglions cancéreux de chaque côté de l'hypogastre et dans les aines.

Signalons la coexistence, avec le cancer utérin, qui n'est pas rare, de la *phlegmatia alba dolens*.

La peau prend une couleur jaune-paille. C'est surtout vers le milieu ou les deux tiers de la maladie que cette couleur se montre et va en augmentant jusqu'au dénoûment fatal. Chez 7 malades de M. Lebert, cette altération des téguments s'était montrée au début.

Les malades peuvent vaquer à leurs occupations durant une grande partie de l'affection. Les deux tiers des malades, dans les observations signalées, ont été condamnés au repos dans les derniers six mois.

La fièvre ne se déclare qu'à une époque avancée du mal ; M. Lebert l'a rencontrée chez la moitié des femmes et seulement dans le dernier tiers de la maladie. « Une chaleur brûlante se fait universellement sentir par toute la peau, et c'est le symptôme le plus douloureux qui accompagne la maladie » (S. Cooper, *Dictionnaire de chirurgie*, nouv. édit., art. *Cancer*). A ceci se joignent « des frissons irréguliers, alternant avec de petites sueurs, de la diarrhée, une prompte décomposition de la physionomie, un pouls vite, enfin tous les symptômes d'un empoisonnement par les matières septiques » (Dubois, *Pathol. gén.*, p. 578).

Nous allons maintenant appeler l'attention sur certains points qui ne sont pas sans intérêt pour la question qui nous occupe : ce sont l'âge, l'hérédité, la durée, la fréquence du cancer.

Age. Si nous consultons M. Téallier, nous voyons que le cancer de l'utérus se montre le plus souvent à l'époque où les fonctions de reproduction touchent à leur terme ; on l'observe fréquemment à un âge antérieur, et des faits témoignent de l'existence de cette affection chez des sujets naguère impubères.

On remarque le cancer de la matrice chez des vieillards de soixante et quinze, quatre-vingts ans, mais généralement dans ces cas, fait observer l'auteur dont nous rapportons l'opinion, les commémoratifs avertissent de lésions, dont le début remonte à un temps où l'organe de la gestation perd la faculté de remplir ses

fonctions importantes. Il est donc permis de penser, telle est du moins l'opinion de M. Téallier, que le cancer de la matrice, observé chez des sujets avancés en âge, trouve, dans la majeure partie des cas, son origine dans une époque où l'utérus jouit de presque toute son activité ; et que, si les progrès du mal n'ont pas été rapides, l'explication réside dans l'inertie de l'organe affecté, qui ne jouit dans les derniers temps que d'une vie de conservation.

De ce que nous venons de lire, il ressortirait que le cancer de la matrice peut durer de vingt-cinq à trente ans. Les détails que donne M. Téallier sur ce sujet nous engagent à regarder comme hypothétique cette longue existence de la maladie, et ce que nous dirons de la durée du cancer de l'utérus nous apprendra qu'il ne persiste pas si longtemps. De ces considérations il résulte qu'à un âge très-avancé le carcinome utérin peut se déclarer et abréger les jours de la malade.

Lisfranc a combattu cette opinion ancienne, qui veut que ce soit à l'âge critique que le cancer de l'utérus se présente le plus fréquemment, en disant, d'après ce principe de pathologie qui établit que les organes sont d'autant plus facilement malades qu'on les exerce davantage, que c'est de dix-huit à trente-cinq ans que le cancer de la matrice est le plus fréquent. Il avoue même l'avoir trouvé sur une jeune fille de quinze ans ; mais écoutons les faits. La statistique suivante est empruntée au *Traité des maladies cancéreuses*, par Lebert :

Les malades âgées de	25 à 30 ans	sont au nombre de	5
—	30 à 35 ans	—	5
—	35 à 40 ans	—	9
—	40 à 45 ans	—	8
—	45 à 50 ans	—	8
—	50 à 55 ans	—	3
—	55 à 60 ans	—	5
—	60 à 65 ans	—	3
—	65 à 70 ans	—	3
—	70 à 80 ans	—	1

On peut remarquer avec M. Lebert qu'il y a peu de différence entre le nombre des malades âgées de moins de trente-cinq et celui des femmes ayant dépassé l'âge de cinquante ans ; mais le chiffre sera bien moins à l'avantage des jeunes malades, si l'on considère que les personnes parvenues à un âge supérieur à cinquante ans sont, proportion gardée, en moins grand nombre que les autres.

Nous voyons en outre, par l'examen du tableau, que le plus grand nombre des femmes atteintes du cancer de l'utérus sont âgées de trente-cinq à cinquante ans.

Hérédité. L'hérédité est généralement admise. Bayle (*Traité des maladies cancéreuses*) cite des exemples remarquables de la prédisposition reçue des parents. L'hérédité, dit M. Lebert, si généralement admise par les théoriciens, a été recherchée sur 13 malades, et observée chez 2 seulement. L'hérédité, d'après cet auteur, est l'exception et non la règle. Une question aussi importante, pour être résolue d'une manière aussi explicite, demande des faits en grand nombre et observés soigneusement.

Durée. La durée est de trois mois au moins à six ans au plus. La durée moyenne est de seize mois Les faits observés par M. Valleix s'accordent avec ces propositions. M. Lebert est arrivé au même résultat.

Fréquence. Sur 700 femmes affectées de cancer, Boivin et Dugès ont trouvé que la maladie avait occupé la matrice 409 fois, et sur 32 cas, dit Ferrus, de cancer de la matrice, il y a 3 cas de cancer du corps. M. Lebert admet la proportion de 2 sur 45.

DIAGNOSTIC.

Les maladies qui peuvent être confondues avec le cancer sont les affections cancroïdes, les corps fibreux, les tumeurs fibro-plas-

tiques, la métrite chronique, les déplacements, les fongosités de l'utérus, les ulcères simples.

Le *cancroïde* débute par la surface du col de l'utérus, il a une marche lente, gagne de la surface à la profondeur. On a dit qu'il récidive sur place, et que la réapparition du mal se fait très-longtemps attendre. Ce caractère se rapportant à tous les cancroïdes, il nous est permis de faire remarquer que la réapparition du mal est possible loin du lieu où une première tumeur a été enlevée; M. le professeur Nélaton, dans ses cours si fréquentés, a insisté sur ce point. M. Lebert dit que c'est une affection « plus strictement localisée » que le cancer. Une autre question se présente: Le cancroïde peut-il agir fâcheusement sur les ganglions voisins? Ce fait n'est pas contesté par M. Lebert. Il n'y a pas très-longtemps, néanmoins, que nous entendions un membre distingué de la Société anatomique, grand partisan du microscope, soutenir que l'affection ne pouvait pas se propager jusqu'aux ganglions.

Si l'on est dans le doute sur la nature de la maladie, le microscope pourra éclairer le diagnostic; disons cependant que des maîtres très-estimés n'accordent pas à ce moyen de diagnose une grande valeur.

Les *corps fibreux* sont exempts de bosselures. Il n'y a pas pour ces tumeurs la coloration de la peau qui se rencontre dans le cancer; on n'observe pas l'état général du carcinome de l'utérus.

Les *tumeurs fibro-plastiques* sont lobulées, saillantes, et prennent origine sur une lèvre du col. Pas de suc, pas de globules cancéreux dans ces tumeurs.

La *métrite chronique* s'annonce par un écoulement muco-purulent; pas d'hémorrhagies; les pertes ne sont pas fétides. L'engorgement est uniforme, le plus souvent général, et la muqueuse du col est ordinairement rouge et grenue, sa coloration égale. Nous venons de voir que l'engorgement est uniforme dans la métrite chronique; on n'y observe pas de bosselures, c'est le cas ordinaire; néanmoins il peut, dans l'inflammation chronique de l'uté-

rus, exister des inégalités dues à des grossesses antérieures; mais alors, les sillons séparant les élevures convergeront vers l'orifice du col, et l'engorgement, mou, superficiel, ne reposera pas sur une base dure.

Les déplacements de la matrice seront reconnus à l'aide du palper hypogastrique, et du toucher par le vagin et le rectum. De plus, l'état général, la durée de la maladie, éloigneront l'idée du cancer.

J'ai vu plusieurs fois M. le professeur Nélaton faire l'abrasion de *fongosités utérines;* c'est pour cela, peut-être, que je suis amené à en parler ici, et je ne m'écarte pas du sujet, attendu que les considérations dans lesquelles nous allons entrer sont utiles au point de vue du *diagnostic du cancer de la matrice.* Je ne saurais mieux faire que de reproduire ce que j'ai appris sur ce sujet, au cours du chirurgien de la clinique. Par eux-mêmes, les symptômes qui se manifestent sous l'influence des fongosités ne peuvent faire reconnaître ces productions. Ce n'est que par exclusion qu'on arrive à les diagnostiquer. Elles existent dans la première période de l'âge adulte. Après trente-cinq ans, l'affection ne se forme pas; seulement, si elle existait déjà, elle peut persister; elle n'a été observée que chez les femmes qui ont accouché ou avorté. Il y a en général une avance dans les règles; elles peuvent se rapprocher, jusqu'à ce qu'il y ait deux menstruations dans un mois. L'écoulement sanguin peut durer plus longtemps que d'habitude. A cet écoulement, succède une perte rousse; celle-ci est elle-même remplacée par une perte blanche. Cette dernière consiste en un liquide crémeux, non filant, ressemblant à du pus. Le col utérin présente une légère augmentation de volume, l'orifice est plus ouvert. Quelquefois les fongosités sont amenées au dehors par le fait du développement qu'elles ont acquis; elles se montrent saignantes, et peuvent simuler un encéphaloïde. Des douleurs se font sentir vers le périnée, dans la région sacrée, et non dans les lombes, comme on le répète pour toutes les affections de l'utérus; on les remarque, en outre, dans les aines au point d'émergence du ligament rond hors du canal inguinal. Les

malades sont très-gênées pour marcher. C'est une maladie commune. Il est infiniment probable qu'elle guérirait abandonnée à elle-même.

Une ou deux abrasions, avec une curette particulière, suivies de la cautérisation, guérissent la malade, quelque petite que soit la quantité de matière extraite, ou du moins la mettent dans un état si favorable, que si les fongosités se reproduisent, elle vient réclamer les secours du chirurgien qui l'a déjà soignée. Nous avons pu être témoin de semblables faits.

Le microscope n'a pas découvert dans ces végétations d'éléments cancéreux.

Les bords de l'*ulcère simple* ne sont ni durs, ni élevés. L'ulcération est ordinairement peu profonde, susceptible de guérison « sans l'intervention de moyens topiques » (Gibert). La matière qui s'en écoule n'a pas la fétidité particulière de celle que produit l'ulcère cancéreux ; enfin pas de débilitation spéciale. Le microscope ne trouve pas les éléments du cancer soit dans les bords, soit à la surface de l'ulcère.

TRAITEMENT.

Les moyens médicaux ne peuvent que pallier le mal. On est souvent réduit à leur seule ressource ; mais il est des cas où le chirurgien intervient utilement, et, s'il ne peut promettre une guérison sans récidive, il recule du moins la terminaison funeste. Il est à sa disposition deux sortes d'agents principaux, les caustiques et le bistouri.

Amputation du col. Cette opération ne sera pas pratiquée si on ne distingue le col intact immédiatement au-dessous de l'insertion vaginale, s'il existe un cancer dans une autre partie du corps. Contrairement à cette règle, Dupuytren a amputé le col, et creusé en cône la même partie dans le cas de carcinome, atteignant ou dépas-

sant la limite marquée; il en est résulté une marche plus rapide de la maladie, et la mort.

Nous allons exposer le procédé de Lisfranc (*Mémoire sur l'amputation du col de l'utérus,* lu à l'Académie des sciences, 1834). La malade est placée comme dans l'opération de la taille latéralisée; on introduit un speculum bivalve, il a l'avantage de mieux embrasser la tumeur, de tendre parfaitement la partie supérieure du vagin; elle ne peut plus alors former de plicature circulaire, qui aurait masqué le col de l'utérus. L'opérateur essuie le museau de tanche, s'il en est besoin, afin de s'assurer de la disposition des parties; l'érigne de Museux, qui est plus longue, plus forte que celle dont on se sert habituellement, et qui offre des crochets moins recourbés, est portée, fermée, immédiatement au-dessous de l'organe. Au moment où ses mors sont suffisamment ouverts pour saisir, s'il est possible, deux points diamétralement opposés du col utérin, l'opérateur pousse légèrement sur eux, à mesure qu'ils s'implantent dans le tissu de la matrice. Cette manœuvre est indispensable pour suivre le mouvement d'ascension de l'organe, mouvement qui exposerait à le manquer ou à le faire saisir trop bas. On extrait le speculum seul très-aisément, puisque l'érigne peut passer dans l'écartement que ses deux valvules laissent entre elles; on exerce alors sur l'utérus des tractions lentes et graduées, à l'aide desquelles on tente d'amener son col au-dessous de la partie inférieure du vagin. Est-il besoin de dire que ces tractions ont d'abord la direction de l'axe du détroit supérieur, ensuite du détroit inférieur du bassin? Mais, pour que la matrice soit mieux saisie, mieux abaissée, et que tous les points de la partie inférieure de son col fassent à l'extérieur une égale saillie, le chirurgien applique les mors d'une sonde érigne sur les extrémités du diamètre transversal ou du diamètre antéro-postérieur de l'organe, suivant le sens dans lequel la première a été implantée. Cette manœuvre a un autre avantage. Quelle que soit, en effet, la tendance qu'éprouve l'utérus, pendant la section, à remonter dans la cavité abdominale, les tissus, maintenus en place, pourront être coupés

soit à la même hauteur, soit à des hauteurs différentes, suivant les circonstances pathologiques. C'est en continuant les tractions pendant cinq minutes, ou même un quart d'heure, qu'on parvient, dans des cas difficiles, à abaisser suffisamment la matrice. Le chirurgien porte ensuite le doigt indicateur sur le pourtour de l'insertion utérine du vagin; il la reconnaît facilement à la présence d'une espèce d'anneau, au-dessus duquel la pression fait sentir du vide. Il a d'ailleurs préalablement abstergé les tissus; il confie les pinces à un aide intelligent. Cet aide est en face du bassin, l'opérateur à gauche de la malade; armé d'un bistouri courbé, tranchant sur sa concavité, et garni de linge jusqu'à 1 pouce environ de son extrémité boutonnée, l'opérateur commande à l'aide de relever les érignes pour imprimer à la partie inférieure de la matrice un mouvement de bascule qui fasse saillir davantage sa partie postérieure: ainsi on verra mieux les limites de la maladie, et l'on pourra couper plus haut. Le chirurgien glisse ensuite le doigt indicateur gauche, à demi fléchi, derrière le museau de tanche, mesure avec ce doigt, dont la face palmaire est dirigée vers la malade, la hauteur à laquelle la section doit être faite; le bistouri est placé au-dessous de lui, et, à mesure que l'instrument marche, il le dirige et lui sert de point d'appui, tandis que l'aide abaisse graduellement les érignes pour faire saillir à leur tour successivement les autres points du col de la matrice. Le bistouri doit couper en sciant... Il est des cas dans lesquels le volume des parties ne permet pas d'être embrassé par le speculum; alors on ne peut pas se servir de cet instrument. S'il est impossible d'amener le col hors du vagin, il faut faire l'amputation sur place.

Les accidents dépendant de l'opération doivent être combattus comme il suit : l'hémorrhagie légère exige la situation horizontale, le repos absolu, l'air frais, des boissons acidules fraîches, l'évacuation de la vessie et du rectum, des applications froides. Quand les accidents sont graves, à ces moyens on peut joindre le seigle ergoté, la cautérisation et le tamponnement.

Dans les cas de métropéritonite il faut employer le traitement ordinaire.

On doit prévenir l'oblitération du col par l'introduction d'un stylet, faite de temps en temps dans l'orifice inférieur de l'utérus.

La plaie est-elle douloureuse, avoir recours aux injections émollientes. Les injections chlorurées sont recommandées, si la plaie ne se cicatrise pas. On réprimera les bourgeons.

On cautériserait fortement des points cancéreux se montrant quelques jours après l'opération.

Nous nous sommes même arrêté trop longtemps sur une opération si fréquente dans un temps et qui est devenue de plus en plus rare. Dans les derniers temps de sa pratique, Lisfranc amputait moins souvent le col de la matrice. Ces changements dans la conduite du chirurgien avaient leur raison d'être. Un de ses élèves a publié dans son *Traité des maladies de l'utérus* une statistique peu favorable à l'enlèvement du cancer : sur 19 malades de la clientèle privée du maître, 1 seul se trouvait bien quinze mois après l'opération; 4 étaient morts, 12 avaient éprouvé une récidive immédiate, et 2, par suite de l'ablation incomplète du carcinome, avaient vu le mal marcher avec une rapidité redoublée.

Cautérisation. Passons à la cautérisation. Nous ne parlerons que de la cautérisation avec le fer rouge. Elle consiste à détruire, en une ou plusieurs séances, le tissu hétéromorphe du col. Elle n'est pas douloureuse. Après l'opération, on dirige un jet d'eau froide sur le col au moyen d'une seringue. Le premier résultat du traitement, c'est la suspension des hémorrhagies. Les douleurs elles-mêmes subissent une modification avantageuse. Les malades, affaiblies par des pertes abondantes, reviennent à la santé.

Lisfranc reproche à la cautérisation de déterminer des métropéritonites, quand le cancer se prolonge au loin. Le fait est vrai; mais il n'est pas préjudiciable à nos vues; car il ne faut agir que lorsque le mal n'a pas dépassé certaines limites.

La cautérisation avec le fer rouge nous a paru jusqu'ici si innocente, pour le cas de carcinome du col, pour les hémorrhoïdes, etc., que nous la regardons comme un moyen précieux dans la maladie qui nous occupe.

Si les secours de la chirurgie sont impuissants, il faut recourir aux *moyens palliatifs.*

Dans le cas de douleurs vives, employer à l'intérieur des préparations narcotiques de ciguë, d'opium, de belladone, de jusquiame; user concurremment d'injections faites avec les mêmes substances. Les bains ne sont pas sans utilité; les saignées locales et générales sont recommandées.

Contre les hémorrhagies : situation horizontale, repos absolu, air frais, boissons acidulées fraîches, diète, saignée s'il y a des symptômes de pléthore, vider la vessie et le rectum, applications et injections froides et astringentes, cautérisation, seigle ergoté, tamponnement.

Les astringents sont indiqués contre les pertes blanches; dans certains cas, ne pas négliger les désinfectants : eau de chaux, chlorure de chaux.

Les vomissements seront traités par la glace pilée donnée par cuillerée à café, par les boissons gazeuses très-froides; des applications réfrigérantes sont faites, en même temps, sur la région épigastrique. On ordonne des sinapismes sur la même région.

Des lavements légèrement laxatifs sont employés dans la constipation.

Amers et préparations martiales dans la seconde moitié de la maladie.

Régime alimentaire assez substantiel, autant que possible; pas d'excitants; proscrire les substances indigestes. On conseille les distractions : la promenade est permise.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — Du choc des liquides sur les parois des canaux; théorie du pouls.

Chimie. — Des caractères distinctifs de l'ammoniaque.

Pharmacie. — Des divers modes de préparations de l'extrait d'opium. Comparer la composition chimique des extraits obtenus par des procédés différents; étudier les préparations dont l'extrait d'opium fait la base.

Histoire naturelle. — Des bases sur lesquelles repose la classification des végétaux en familles naturelles.

Anatomie. — Des anastomoses du nerf glosso-pharyngien.

Physiologie. — Quelles sont les théories de la calorification?

Pathologie externe. — Des fractures du tibia.

Pathologie interne. — Des fièvres éruptives, et spécialement de leurs rapports avec les autres maladies fébriles.

Pathologie générale. — Du ramollissement considéré dans les différents tissus.

Accouchements. — Des tumeurs abdominales qui peuvent faire croire à l'existence d'une grossesse.

Thérapeutique. — De l'influence des préparations martiales sur les cachexies; de quelle manière doivent-elles être employées?

Médecine opératoire. — De la valeur de la compression comme moyen hémostatique.

Médecine légale. — Des signes de la mort réelle.

Hygiène. — Des circumfusa; leur énumération et leur classification.

Anatomie pathologique. — Des helminthes intestinaux.

Vu, bon à imprimer.

NÉLATON, Président.

Permis d'imprimer.

Le Recteur de l'Académie de la Seine,

CAYX.

Paris, le 21 juillet 1853.